TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Docteur DEMELIN

AGRÉGATION DE CHIRURGIE (*Section d'acrouchements*)

CONCOURS DE 1895

TITRES SCIENTIFIQUES

Interne en médecine et en chirurgie des hôpitaux de Paris (1883).

Aide d'anatomie provisoire à la Faculté de médecine de Paris (1885).

Interne de la Maternité de l'hôpital Tenon (2e semestre de 1886, service de M. le Dr Bar).

Interne de la Maternité de la Pitié (1887, service de M. le Dr Maygrier).

Docteur en médecine de la Faculté de Paris (mars 1888).

Suppléant du chef de clinique dans le service de M. le professeur Tarnier, en août-septembre-octobre 1889; août-septembre 1890; mars, août et septembre 1891.

Chef de clinique d'accouchements à la Faculté de médecine de Paris (1892, service de M. le professeur Tarnier).

Secrétaire général adjoint de la Société obstétricale de France.

Rédacteur en chef de la « Revue obstétricale internationale ».

Lauréat de la Faculté (mention honorable, 1888).

Lauréat de l'Académie de médecine (prix de l'hygiène de l'enfance, 1893).

Lauréat de l'Académie de médecine, (prix de l'hygiène de l'enfance, 1894).

ENSEIGNEMENT

Répétitions de manœuvres obstétricales à la Faculté de Paris, en 1889 et 1891.

Répétitions de manœuvres obstétricales dans le service de M. le professeur Tarnier, pendant les semestres d'hiver 1889-90, 1890-91, 1891-92.

Conférences théoriques d'accouchements dans le service de M. le professeur Tarnier, pendant les semestres d'hiver 1890-91, 1891-92.

Cours théorique d'accouchements et répétitions de manœuvres obstétricales, dans le service de M. le docteur Bar, à l'hôpital Saint-Louis, en février-mars 1889.

Cours théorique d'accouchements et manœuvres obstétricales, dans le service de M. le docteur Budin, à la Charité, en 1892.

Cours d'hygiène et de maladies du nouveau-né, à la Clinique d'accouchement de la rue d'Assas, en novembre-décembre 1893.

PUBLICATIONS OBSTÉTRICALES

I. — ANATOMIE OBSTÉTRICALE

INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES :

1° Anatomie obstétricale (Collection de l'encyclopédie scientifique des *Aide-mémoire*, publiée sous la direction de M. Léauté, membre de l'Institut. Paris, 1892).
2° Documents pour servir à l'histoire du segment inférieur de l'utérus pendant la grossesse, l'accouchement et les suites de couches. (Thèse de Doctorat, Paris, mars 1888).
3° Du segment inférieur de l'utérus pendant la grossesse, l'accouchement et les suites de couches. (*Gazette des hôpitaux*, novembre 1888).

A. — **Le bassin de la femme.** — La voie pelvienne que suit le fœtus est un canal ostéo-musculaire limité en haut par le détroit supérieur, et en bas, par la vulve.

Le détroit supérieur est une ceinture osseuse complète, mais formée de plusieurs pièces solidement articulées ensemble. Selon nous, il comprend en arrière l'angle sacro-vertébral et les bords antérieurs des ailerons sacrés ; de chaque côté, les lignes innominées, *et en avant, la bande osseuse comprise en hauteur, entre le bord supérieur de la symphyse pubienne et de la branche horizontale du pubis d'une part, et d'autre part, le point le plus saillant de la face postérieure de la symphyse pubienne (point post-pubien de Crouzat) et la lèvre postérieure de la gouttière sous-pubienne (crête de l'obturateur interne de Balandin et Veit).*

A vrai dire le détroit supérieur n'est pas plus un plan qu'un simple anneau ; c'est un *véritable canal* réduit à son minimum de hauteur en arrière au niveau de l'angle sacro-vertébral, étendu en avant depuis le bord supérieur de l'arc antérieur du bassin, jusqu'à la lèvre postérieure de la gouttière sous-pubienne.

On fait à juste titre une différence entre ce qu'on appelle classiquement le plan du détroit supérieur (passant par le bord supérieur des pubis) et ce que Veit a désigné sous le nom de *rétrécissement supérieur du bassin* (normal), c'est-à-dire le plan qui contient *le diamètre antéro-postérieur minimum* de l'entrée du bassin, *en même temps que les crêtes des obturateurs internes.*

Le détroit supérieur ainsi conçu est véritablement un *détroit ;* sa partie la plus rétrécie est aussi la plus inférieure, et elle limite exactement en haut la cavité de l'excavation. Le détroit supérieur est en avant le vestige de l'entonnoir amplement développé de chaque côté et représenté ici par les ailes iliaques du grand bassin.

Cette manière de décrire le détroit supérieur se justifie par l'anatomie pathologique ; certains bassins viciés ont le bord supérieur de la barre pubienne éversé ou incliné en avant, à la façon d'une lèvre inférieure lippue, ou vulgairement appelée « lèvre en rebord de pot de chambre » (thèse de Patay). Ce n'est là qu'une exagération de la disposition normale.

Le détroit supérieur, pendant la grossesse, perd un peu de sa fixité ; et c'est le fait du ramollissement physiologique subi par ses jointures.

Au-dessous de lui, l'excavation s'étend jusqu'au détroit moyen (de Balandin, Budin, etc.) Elle forme aussi une ceinture osseuse, mais largement fenêtrée par les trous sous pubiens et les échancrures sciatiques.

A partir du détroit moyen, la voie fœtale devient entièrement musculo-membraneuse, à travers le plancher périnéal. Le coccyx et les ischions, s'ils sont normaux, s'éloignent trop pour appartenir au canal pelvi-génital.

B.— **Utérus gravide.**— a) *Origine du segment inférieur.*— Cette question très discutée a été l'objet d'une foule de travaux intéressants qui ont eu pour résultat de faire bien connaître l'anatomie de l'utérus puerpéral. Parmi les auteurs, les uns font venir le segment inférieur du corps de l'utérus, les autres, du col ; un troisième groupe éclectique le fait naître à la fois du corps et du col. Pour beaucoup, cette région n'existerait pas en dehors de la grossesse, ou tout au moins n'aurait pas alors son équivalent.

Nous pensons avec Budin, Auvard et Acconei, que le segment inférieur répond à l'isthme de l'utérus non gravide. Le malentendu provient de la signification vague et incertaine accordée à ce qu'on appelle l'*orifice interne* du col.

L'utérus en dehors de la gestation comprend trois parties : le corps, l'isthme, le col. L'isthme est limité en haut par le bord inférieur de la couche musculaire *moyenne*, qui ne descend pas plus bas; il est séparé du col par un sphincter qui appartient à la couche musculaire *interne* de la paroi utérine et qui répond au véritable orifice interne. Il est tapissé par une muqueuse qui ressemble de tous points à celle du corps utérin, qui diffère notablement des replis de l'arbre-de-vie : ceux-ci appartiennent au col.

Enfin cette région (que les auteurs appellent *partie supérieure du col*) est constituée par une paroi musculaire où existent à la fois la couche musculaire *interne* et la couche musculaire *externe* de l'utérus.

Le col, au contraire, est pourvu d'une muqueuse spéciale; comme muscles, il ne contient que la couche musculaire *interne* qui descend jusqu'à l'orifice externe.

Or, pendant la grossesse, l'utérus est divisé en trois parties : corps, segment inférieur et col.

Le segment inférieur est limité en haut par le bord inférieur de la couche musculaire *moyenne* (anneau de Bandl) ; il est séparé du col par un sphincter qui appartient à la couche musculaire *interne* (orifice interne vrai) ; il est tapissé par une muqueuse, qui ressemble de tous points à celle du corps utérin, qui diffère notablement des replis de l'arbre-de-vie. Enfin, ce segment inférieur est constitué par une paroi musculaire mince(sans couche moyenne), où existent à la fois la couche *externe* et la couche *interne*. Les mêmes caractères existent donc sur l'isthme et sur le segment inférieur.

L'adhérence des membranes se termine à l'orifice interne du col ; que cet orifice interne s'évase à la fin de grossesse, ce ne sera pas à dire pour cela que le col prend part au segment inférieur ; le col, en, s'effaçant, s'unit au segment inférieur pour former le *canal cervico-utérin*, et *non pas le segment inférieur*, qui, lui, conserve ses limites précises.

Ajoutons, en terminant, que l'anatomie comparée donne raison à cette théorie. Keilmann, étudiant l'utérus chez la chauve-souris en dehors et pendant la gestation, a trouvé que le corps, normalement bicorne chez ces animaux, communique avec un long canal, semblant appartenir au col, à l'état de vacuité, tapissé au contraire de caduque après la fécondation ; ce long canal (isthme ou segment inférieur) est séparé du col par un véritable orifice interne.

b). — Le cul-de-sac vésico-utérin du péritoine pendant la grossesse et l'accouchement. — Jusqu'où descend le cul-de-sac séreux vésico-utérin pendant la grossesse ? A l'état de vacuité, ce cul-de-sac recouvre, d'après Sappey, le tiers supérieur de la face antérieure du col utérin, soit la moitié supérieure de la portion sus-vaginale. Pour Schröder, Hart et Barbour, etc., la réflexion du péritoine se fait juste à l'union du corps et du col ; celui-ci n'est donc pas recouvert par la séreuse, et dans toute sa portion sus-vaginale, il n'est séparé de la vessie que par du tissu cellulaire.

Pendant la grossesse, Kohlrausch, Küstner, etc., suivant l'opinion de Schröder, fixent le lieu de la réflexion du péritoine à la limite supérieure du col.

Or, voici ce qu'il est facile d'observer directement dans une autopsie de femme enceinte ou récemment accouchée ; en ouvrant l'abdomen de manière à respecter le cul-de sac séreux vésico-utérin, c'est-à-dire en arrêtant l'incision médiane à l'ombilic pour en faire partir deux incisions latérales qui rejoignent les épines iliaques antérieures et supérieures, on pénètre facilement entre l'utérus et la vessie. L'index gauche est placé très doucement au fond du cul-de sac vésico utérin ; l'index droit est introduit dans le vagin, immédiatement au-devant du col. Sans déprimer les tissus, on s'aperçoit que les deux doigts ne sont séparés l'un de

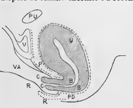


Fig. 1. — Coupe verticale, médiane antéro-postérieure de l'utérus après la délivrance.

PV. pubis. — V. vessie. — U. corps de utérus. — VA. vagin. — R. rectum. — C. col. — B. Anneau de Bandl. — P. péritoine — PD. cul-de-sac de Douglas.

Le péritoine sépare complètement l'utérus de la vessie.

l'autre que par une couche de tissus très minces qui semblent presque uniquement constitués par la paroi vaginale. A la dissection, faite après avoir fixé les rapports avec des épingles, on retrouve la même disposition : le péritoine descend très bas vers le vagin qu'il tapisse même quelquefois, formant là une sorte de petit-cul-de-sac de Douglas antérieur (Fig. 1).

Que deviennent donc les adhérences de la vessie avec l'utérus pendant la grossesse ? Déjà peu résistantes à l'état de vacuité, elles deviennent extrêmement faibles, pour ainsi dire nulles, du fait de la gestation. Le tissu cellulaire qui unit en cet endroit les deux réservoirs, s'imbibe, se relâche au point qu'ils acquièrent une indépendance complète ; ils peuvent alors aisément glisser l'un sur l'autre et se déplacer, d'autant plus que le péritoine s'interpose entre eux, grâce à la laxité remarquable des fibres celluleuses par lesquelles il leur est uni (Mars 1888).

c). — *Le péritoine de la face antérieure de l'utérus pendant les suites de couches.* — En haut du segment inférieur, on trouve, quinze ou vingt jours après l'accouchement, sur la face antérieure de l'utérus, un repli séreux transversalement dirigé, attaché d'un côté à l'autre de l'organe, libre et flottant par son bord inférieur. On dirait que la séreuse, devenue trop large, se replie sur elle-même et use de cet artifice pour suivre la rétraction du muscle utérin trop rapide par rapport à la sienne (Fig. 2).

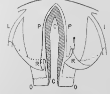


Fig 2. — Face antérieure de l'utérus 15 à 20 jours après l'accouchement.

CC. Section verticale de la paroi musculaire. — L. ligament rond. — O. orifice externe. — P. péritoine. — RR. repli formé par le péritoine, soulevé à gauche par une érigne.

C. — **Fœtus.** — *Les membres du fœtus à terme.* — La longueur des divers segments des membres chez le fœtus à terme est utile à connaître pour certains cas où l'accoucheur doit abaisser un bras ou une cuisse du fœtus, ou bien lorsqu'il veut réduire un membre procident.

Les points de repère choisis pour cette mensuration ont été

déterminés de manière à faire connaître la plus grande longueur du segment considéré. Ce sont les suivants :

Le bras est mesuré depuis la pointe de l'acromion jusqu'à l'extrémité de l'olécrâne, l'avant-bras étant mis à angle droit sur le bras. Sa longueur moyenne ainsi entendue, est de 9 c. 4 chez un fœtus de 3250 grammes.

L'avant-bras est mesuré depuis l'extrémité de l'olécrâne jusqu'au point le plus saillant de la face dorsale du carpe, la main étant fléchie au maximum sur l'avant-bras. Ainsi compris, il est loug de 8 cent. chez un fœtus de 3250 grammes.

La cuisse est mesurée depuis le point je plus élevé du grand trochanter jusqu'au point le plus saillant du genou fléchi à angle droit (bord supérieur de la rotule). Cette longueur est de 10 c. 8.

La jambe est mesurée depuis le point le plus saillant du genou fléchi (bord supérieur de la rotule) jusqu'au point culminant du talon. Elle est longue de 11 c. 5.

D. — Longueur de l'intestin chez le nouveau-né. — (Cours d'hygiène et de pathologie du nouveau-né, 1893, et thèse d'Angerant, Paris 1894, page 2).

Quatre nouveau-nés, morts peu de temps après leur naissance ont été mesurés à ce point de vue :

Chez un enfant long de 46 centimètres, le gros intestin mesurait 50 cent., l'intestin grêle, 2 mètres.

Chez un enfant long de 60 centimètres, le gros intestin mesurait 55 cent., l'intestin grêle, 2 mètres 20.

Chez un enfant long de 49 centimètres, le gros intestin mesurait 53 cent., l'intestin grêle, 2 mètres 13.

Chez un enfant loug de 46 centimètres, le gros intestiu mesurait 50 cent., l'intestin grêle, 1 mètre 98.

Il résulte de ces chiffres que la longueur totale de l'intestin est par rapport à la longueur totale du nouveau-né comme 5 est à 1.

C'est la vérification des mesures données antérieurement par Bénéke et Baginsky.

E. — Description du bassin, de l'utérus puerpéral, des modifications subies par les divers appareils pendant la grossesse, du placenta, du cordon ombilical, du fœtus à terme et avant terme, etc.

PHYSIOLOGIE ET PATHOLOGIE OBSTÉTRICALES

Indications bibliographiques :

A. — **Grossesse.** — 1° Conduite à tenir dans le cas de rétention placentaire après l'avortement aux 3e et 4e mois (Revue de Clinique et de Thérapeutique, 1889, nos 22 et 23).

2° De l'avortement multiple, et en particulier de l'avortement gémellaire (en collaboration avec M. le Dr Maygrier). In Archives de Tocologie, 1892, 25 février.

3° Du diabète dans ses rapports avec la grossesse et l'accouchement (Journal des praticiens, 1890, n° 47).

4° Des névralgies pendant la grossesse et la puerpéralité (Journal des praticiens, 1890, n° 48).

5° Tuberculose et grossesse (Journal des praticiens, 2 décembre 1893).

B. — **Accouchement.** — 6° Physiologie du segment inférieur (Thèse de 1888).

7° De l'engagement (Guide pratique des Sciences médicales, 1893).

8° Etude clinique de la tête fœtale, évaluation approximative de son volume et de sa résistance (Journal des praticiens, 22 mars 1893, et Guide pratique des Sciences médicales, 1893).

9° De la bosse séro-sanguine, considérée comme cause d'erreur dans la présentation du sommet (Journal des praticiens, 19 août 1891).

10° Le bassin coxo-tuberculeux (Journal des praticiens, 1890, nos 24 et 25, Gazette des hôpitaux, 27 septembre 1890, Guide pratique des Sciences médicales, 1891 et Journal des praticiens, 1893).

11° Conduite à tenir dans le cas de rétrécissement rachitique du bassin (Journal des praticiens, 1895).

12° De l'ascension de l'anneau de Bandl, comme signe prémonitoire de la rupture utérine imminente.

13° Un cas de rupture incomplète du corps de l'utérus (Société anatomique, 1887).

14° De l'insertion vicieuse du placenta, variété complète (Journal des praticiens, 30 septembre 1891, et Annales de la société obstétricale de France, 1894).

15° Insertion vicieuse du placenta (Revue obstétricale internationale, 11 fév. 1895).

16° De la dystocie causée par la rétraction de l'anneau de Bandl (Société obstétricale de France, 1892, et Journal des praticiens, 29 avril 1891, 22 août et 6 octobre 1894).

17° Un accouchement gémellaire (Revue obstétricale internationale, 21 mars 1895).

C. — **Délivrance.** — 18° Examen clinique de l'arrière-faix après l'accouchement (Journal des praticiens, 4 janvier 1893, et Guide pratique des Sciences médicales, 1893).

19° Recherche de la surface d'insertion placentaire après l'accouchement (Journal des praticiens, 29 avril 1891).

D. — **Suites de couches.** — 20° De la septicémie puerpérale (Journal des praticiens, 4 octobre 1893).

21° Un cas d'emphysème du foie, causé par la septicémie puerpérale (en collaboration avec le Dr Letienne). In Bulletin de la Société anatomique, novembre 1893.

22° Traitement actuel de la septicémie puerpérale (Journal des praticiens, 27 octobre 1894, et Archives de Tocologie, février 1895).

23° De la prophylaxie des abcès du sein, pendant la grossesse et l'allaitement (Journal des praticiens, 2 décembre 1891).

24° — Revues et analyses sur les hémorrhagies de la délivrance, l'antisepsie en obstétrique, l'emploi de l'eau chaude en obstétrique la présentation du siège décomplété mode des fesses, le traitement de l'éclampsie, l'insertion vicieuse du placenta, les microorganismes du canal génital de la femme, les hémorrhagies du col après l'accouchement, les hémorrhagies internes de l'utérus gravide, etc., etc.

25° — Obstétrique, grossesse, accouchements, suites de couches, présentations, dystocie, délivrance, etc. (Guide pratique des Sciences médicales, Paris, 1891.

A. — Grossesse.

1. **Traitement de la rétention placentaire après l'avortement aux 3e et 4e mois.** — Les conditions ne sont pas exactement les mêmes au troisième et au quatrième mois de la grossesse.

L'anatomie nous fournit les renseignements suivants :

Au troisième mois, l'œuf est entouré partout par du tissu placentaire (villosités choriales); mais il n'adhère à l'utérus qu'en un point limité, au niveau de la caduque sérotine ; partout ailleurs, il n'est qu'accolé à la paroi utérine, les caduques ovulaire et utérine étant encore indépendantes l'une de l'autre.

Au quatrième mois, les annexes du fœtus sont constituées sur le type que revêt le délivre à la fin de la grossesse; il y a un placenta et des membranes; mais le tout est très adhérent à la paroi utérine. De plus, le placenta est très volumineux par rapport au fœtus.

En clinique, si la rétention de l'arrière-faix se complique d'accidents, certes l'hémorrhagie et la septicémie peuvent se présenter simultanément ou séparément aussi bien au troisième mois qu'au quatrième.

Cependant, les faits qui ont servi de base à ce petit mémoire semblent permettre une différenciation dont voici l'exposé schématique :

Lorsque l'avortement se fait au troisième mois, la perforation des membranes par où l'embryon s'est échappé, intéresse des villosités choriales, puisqu'elles existent alors sur toute la périphérie de l'œuf. Il y a donc hémorrhagie, qui peut être sérieuse, mais qui, en général, dure peu. Voici pourquoi : L'œuf, presqu'entièrement libre d'adhérences dans la cavité utérine, sauf au niveau de la sérotine, peut revenir sur lui-même lorsque son contenu est évacué, d'autant plus que la paroi utérine se contracte sur lui. Aussi l'hémostase est-elle relativement aisée. Si les points de contact de l'œuf avec l'utérus sont restreints, la paroi de l'œuf reçoit donc fort peu de sang puisqu'elle s'est rétractée sur elle-même. De là, putréfaction dans la cavité utérine d'une sorte de polype placentaire attaché à la matrice par un pédicule plus ou moins étroit ; donc, septicémie.

Comme conduite à tenir, on doit attendre, s'il n'y a pas d'accidents ; s'il en survient, faire le toucher intra-utérin, reconnaître la masse polypoïde que forme l'arrière-faix (le doigt tourne autour de lui et en dehors de sa cavité) ; dilacérer le pédicule avec un ou deux doigts (souvent on n'en peut introduire qu'un seul, à cette époque). Si l'arrière-faix est trop volumineux pour traverser en bloc l'orifice cervical, on devra morceler la masse polypoïde avec le doigt ou avec une pince longue glissée à côté de lui, et chargée seulement de *mâcher sans tirer* l'arrière-faix déjà décollé. Une injection utériue fait sortir ensuite les débris séparés.

Au *quatrième mois*, les choses sont un peu différentes. Si, après l'expulsion du fœtus, l'arrière-faix ne se sépare sur aucun point, il n'y aura pas de septicémie, car la fusion du placenta avec l'utérus permettra à ce placenta de recevoir des matériaux nutritifs en quantité suffisante, jusqu'au jour où il sera expulsé frais et sans aucune odeur. Si le placenta se décolle partiellement, il y aura

écoulement de sang, compliqué bientôt de septicémie due à la putréfaction du cotylédon détaché.

S'il n'y a pas d'accident, il ne faut pas intervenir, et savoir résister à l'envie d'extraire le délivre qui commence à faire hernie à travers le col. En cas d'accidents, il faut faire le toucher intra-utérin. Ici, le doigt pénètre dans l'intérieur de l'œuf, au lieu de le contourner par sa face externe comme au troisième mois : c'est que les caduques utérine et ovulaire sont soudées ensemble, et que les parois de l'œuf tapissent celles de l'utérus. Le doigt ou les deux doigts décolleront le délivre, et si des adhérences trop fortes empêchent de faire une délivrance complète, on emploiera la curette qui trouve son application au quatrième mois bien mieux qu'au troisième, la surface d'insertion placentaire étant devenue beaucoup plus large.

2. De l'avortement multiple, et en particulier de l'avortement gémellaire.— (En collaboration avec M. le Dr Maygrier).

Malgré les très-nombreuses publications parues sur l'avortement et ses complications, c'est en vain qu'on chercherait dans la littérature un travail d'ensemble (1) sur une variété importante de cet accident de la grossesse, l'avortement multiple.

La fréquence n'en est pas grande, au moins à l'hôpital ; sur une série de 2097 accouchements observés à la Pitié, il y a eu seulement 8 avortements gémellaires soit, en moyenne, 1 sur 262.

Un fait curieux à noter est l'apparition de l'hydramnios dans bon nombre de cas. Sans doute, cette complication est loin d'être rare dans les grossesses multiples, mais ce qui la rend ici caractéristique, c'est sa précocité et la rapidité de son développement ; elle apparaît en effet de bonne heure, parfois dès le troisième mois ; elle augmente très rapidement. Généralement, 10 ou 15 jours au plus après l'apparition de cette hydramnios, l'utérus ne pouvant subir une distension plus grande, se révolte, et des contractions utérines surviennent, qui rendent l'avortement inévitable. La fréquence de cette complication (7 fois sur 10), son apparition dès le premier mois de la gestation, l'allure caractéristique qu'elle

(1) Depuis notre mémoire, a paru la thèse du Dr Merle (Paris, 1892).

revêt, lui donnent une assez grande valeur au point de vue du diagnostic et du pronostic, et nous estimons que lorsqu'on la verra se produire dans ces conditions, on sera en droit de soupçonner une grossesse gémellaire ou multiple à son début avec un avortement imminent à peu près fatal.

En dehors de ces faits où l'hydramnios peut mettre sur la voie du diagnostic, le plus souvent, lorsque les menaces d'avortement surviennent, la grossesse gémellaire est restée méconnue. Nous avons pourtant recueilli une observation où le diagnostic de grossesse gémellaire avec menace d'avortement a pu être établi à quatre mois de gestation ; cette opinion était basée sur l'existence de certains signes de la mort du fœtus, observés alors que les battements du cœur continuaient à se faire entendre : le fait ne pouvait s'interpréter que par la présence dans l'utérus de deux jumeaux, l'un mort, l'autre vivant.

Dans les avortements de trois à six mois, les seuls qui nous ont occupés, la règle est que l'avortement se fasse en deux temps. On assistera donc d'abord à l'expulsion des jumeaux, puis à la délivrance.

La sortie des fœtus peut avoir lieu à des intervalles variables. Cette expulsion se fait avec la plus grande facilité, et nous n'insisterons que sur ce fait, important pour la délivrance, que souvent les fœtus passent à travers un col très incomplètement dilaté.

Lorsque le premier fœtus est né, dans le cas où il existe une seconde poche intacte avec un fœtus vivant, l'avortement demeure parfois incomplet. Une fois le premier fœtus sorti, *suivi ou non d'un placenta*, les douleurs cessent, le col peut revenir sur lui-même et se fermer. Dans une observation de Warren, une femme expulsa à trois mois de gestation un fœtus sans que le placenta suivît. Sa grossesse se prolongea et elle accoucha à terme d'un enfant vivant. Le délivre se composait d'un placenta normal et d'un petit placenta lui attenant, et atteint de dégénérescence fibreuse.

Parfois les fœtus expulsés présentent un développement très inégal, soit qu'il y ait eu superimprégnation, soit que l'un d'eux soit mort pendant que l'autre continuait à se développer.

Au 3e et au 4e mois, il arrive très fréquemment que la délivrance

tarde à se faire et que le placenta reste retenu dans l'utérus. Sur six avortements gémellaires au 3e et 4e mois, il y a eu six fois rétention, et deux fois la mort est survenue par septicémie. Cette rétention peut donc présenter une gravité exceptionnelle dans l'avortement multiple. Si, dans les avortements simples, on observe quelquefois une rétention de longue durée sans accidents, il n'en est plus de même ici : En raison du gros volume du délivre, on peut voir, lorsque son séjour dans l'utérus se prolonge, éclater des accidents graves de septicémie, analogues à ceux qu'on rencontre dans les mêmes circonstances après un accouchement. Le pronostic diffère donc singulièrement de celui de l'avortement unique, et l'élimination du délivre a une extrême importance.

Au 5e et au 6e mois, l'expulsion spontanée du placenta a généralement lieu peu après celle des jumeaux. La rétention est beaucoup plus rare.

La menace d'avortement dans le cours d'une grossesse multiple est beaucoup plus difficile à enrayer que dans une grossesse simple. Cependant le traitement propbylactique est toujours de rigueur, même lorsqu'un fœtus a été expulsé suivi ou non de son placenta, à la condition bien entendu que l'autre œuf paraisse intact, vivant et non hydropique.

Une fois le fœtus sorti, reste le traitement de la délivrance. S'il y a rétention au 3e ou au 4e mois, la conduite à tenir doit être envisagée d'une autre façon que dans la grossessse unifœtale, où l'expectation est de régle tant qu'il n'y a pas d'accident. Dans la grossesse multiple, il faut intervenir sous peine de voir survenir les complications les plus graves par suite de la putréfaction d'un placenta volumineux.

Toutefois, le principe général de l'intervention étant posé, il y a lieu d'examiner diverses éventualités et de bien préciser les indications de l'intervention.

A. — *Conduite à tenir au moment même de l'avortement.* — Le médecin assiste à l'expulsion des fœtus. Il doit aussitôt se rendre compte de l'état du col. Deux cas alors peuvent se présenter :

1. Le col est resté largement perméable. Dans ces conditions, la délivrance peut se faire spontanément. On pourra donc attendre.

Mais si cette expectation se prolongeant, le placenta ne paraît avoir aucune tendance à se décoller, si le col semble devenir moins perméable, on n'hésitera pas à pratiquer la délivrance artificielle en faisant pénétrer plusieurs doigts ou la main jusqu'au fond de l'organe.

Il est un cas où l'on pourrait être autorisé à attendre *davantage*. C'est lorsque, les placentas étant séparés, l'un d'eux est expulsé peu après les jumeaux, et que l'autre reste seul retenu. Dans une observation de Genesteix, les choses se sont passées ainsi : une femme expulse deux jumeaux à quatre mois de grossesse ; l'un des placentas est éliminé, l'autre est retenu ; on attend et on fait des injections antiseptiques toutes les deux heures ; *Deux jours plus tard*, le second placenta est expulsé.

2. Après la naissance des jumeaux, le col est trop étroit pour qu'on puisse pénétrer avec les doigts dans la cavité utérine. Que faire en pareil cas ? Il faut dilater l'orifice cervical soit à l'aide d'un ballon de Barnes, soit mieux encore avec celui de M. Champetier de Ribes ; aussitôt après l'expulsion du ballon, et sans perdre une minute, on introduira la main dans l'utérus, pour ne pas laisser au col le temps de se rétrécir, et on extraira le délivre.

B. — *Conduite à tenir lorsque la rétention existe depuis un certain temps.* — Si la rétention dure depuis un certain temps, depuis plusieurs jours, l'intervention est indiquée. Le col peut être encore perméable et la délivrance artificielle possible.

Mais si le col est infranchissable, il faut commencer par le dilater ; ici, l'emploi du ballon excitateur de M. Tarnier pourrait être indiqué pour amener d'abord un commencement de dilatation ; puis on fera suivre son application de celle de l'appareil de Champetier de Ribes.

Dans tous les cas qui précèdent, l'emploi du chloroforme sera le plus souvent nécessaire.

Lorsqu'on est appelé, alors que la rétention d'un placenta gémellaire ou trigémellaire dure depuis plusieurs jours, quand la femme est en proie à la septicémie la plus grave, quand enfin le col est infranchissable pour la main, la dilatation et l'extraction ne nous semblent offrir qu'une bien faible chance de vie ; de même,

le curage de l'utérus nous paraît illusoire. L'opération de Porro, dans de pareilles circonstances, nous semble rationnelle.

Au 5e et au 6e mois, on se comportera comme s'il s'agissait d'un accouchement véritable.

3. Du diabète dans ses rapports avec la grossesse et l'accouchement. — Revue d'ensemble, à l'occasion d'une observation de coma diabétique au début du travail de l'accouchement. Il s'agissait d'une femme apportée dans le coma le plus profond, et dont l'urine contenait une grande quantité de sucre. La mort survint avant que la dilatation du col ne fût complète. L'enfant était mort dès l'arrivée de la femme. L'autopsie fut utilisée pour l'étude anatomique de l'utérus gravide (Thèse de 1888 et thèse de Trouillard, 1893.)

4. Des névralgies pendant la grossesse et la puerpéralité. — Les névralgies faciale, intercostale, abdominale, etc., sont, pendant la grossesse, les unes d'ordre réflexe, d'autres de cause directe, d'autres enfin de nature infectieuse. Un certain nombre ne semblent pas pouvoir être rapportées à une cause bien nette.

(On chercherait aujourd'hui, suivant l'enseignement de M. Tarmès, les signes de la toxémie gravidique pour expliquer les névralgies dont l'étiologie était alors obscure.)

5. Grossesse et tuberculoses locales. — Trois observations d'adénopathies cervicales, strumeuses, hypertrophiées pendant la grossesse. Dans deux de ces cas, la fonte caséeuse se produisit, et la peau se perfora, une fois, deux jours avant, l'autre fois, trois jours après l'accouchement. Il resta ensuite un trajet fistuleux qui guérit en trois et quatre semaines.

Une autre malade, boiteuse du fait d'une coxalgie autrefois compliquée d'abcès, n'avait plus eu de collection puriforme depuis cinq ans, lorsqu'elle devint enceinte. Dès le deuxième mois de la grossesse, une tumeur se développa un peu au-dessus du trochanter du côté autrefois atteint ; la tumeur grossit, devint fluctuante. Mais la peau resta intacte. Peu à peu la lésion, au lieu de progres-

ser, sembla s'amender : la fluctuation diminua, les dimensions devinrent plus petites; la peau ne s'ouvrit pas. L'accouchement se fit à terme. Les suites de couches furent bonnes, et l'abcès ne s'ouvrit pas. La malade a quitté l'hôpital avec une poche sus-trochantérienne qui avait un peu diminué, mais qui conservait encore le volume d'une forte noix.

B. — Accouchement.

6. Physiologie du segment inférieur. — Le segment inférieur de l'utérus joue un rôle important en ce qui concerne les causes immédiates de l'accouchement.

Simpson et Schrœder admettaient que le décollement de l'œuf dans ses régions inférieures était le point de départ des douleurs de l'enfantement. Or, ce décollement est favorisé dans les derniers temps de la grossesse par les alternatives d'allongement et de raccourcissement que subit le segment inférieur sous l'influence des périodes successives d'action et de repos que présentent les muscles utéro-pelviens; sans compter que les adhérences des membranes au segment inférieur sont toujours moins solides que partout ailleurs. Lorsque le décollement est suffisamment étendu, la partie de l'œuf qui s'est séparée du segment inférieur devient un corps étranger pour lui : elle irrite ses nerfs qui, par action réflexe, amènent la contraction énergique du corps de l'utérus. Cette contraction, à son tour, allonge le segment inférieur, décolle une nouvelle partie des membranes et ainsi de suite.

Le segment inférieur semble ainsi être le point de départ du réflexe qui aboutit à la contraction utérine. Il joue, par rapport à l'utérus, le rôle du col vésical par rapport au réservoir urinaire; avec cette différence que, sauf exceptions (dans le cas de rétraction de l'anneau de Bandl au-dessous du fœtus, par exemple), il est toujours rempli par une masse fœtale jusqu'à la fin de l'accouchement, masse fœtale qui n'agit comme excitant que lorsque les membranes de l'œuf, décollées, cessent de faire partie intégrante, pour ainsi dire, de la paroi utérine.

Les faits cliniques abondent pour étayer cette théorie : les meilleures méthodes d'accouchement provoqué agissent en décollant les membranes, c'est-à-dire en excitant le segment inférieur ; quand, au début de l'accouchement, les membranes sont anormalement adhérentes, le travail ne marche pas, il y a inertie utérine ; si le segment inférieur est vide, les contractions sont nulles ; elles apparaissent, au contraire, si on excite sa paroi en introduisant la main au-dessus du col, etc., etc.

Le segment inférieur a encore un autre rôle pendant le travail : en se tendant au moment de la contraction, il s'applique sur la présentation et la dirige dans la bonne voie ; il empêche, en outre, les procidences de se produire, si sa contractilité est normale.

7. **De l'engagement.** — Ce qu'est l'engagement d'une présentation, manière de le constater. Sa valeur pronostique, et indications opératoires auxquelles on est conduit quand il y a ou non engagement.

8. **Etude clinique de la tête fœtale** (évaluation approximative de son volume et de sa résistance). — Le palper mensurateur est un procédé d'examen qui rend des services et qu'il ne faut pas négliger. Mais on doit être prévenu des causes d'erreurs auxquelles il expose. En outre des tumeurs fibreuses occupant la paroi postérieure du segment inférieur, en outre de l'asymétrie pelvienne, il existe d'autres circonstances beaucoup plus fréquentes, qui font que la tête fœtale déborde l'arc antérieur du bassin. Supposez un bassin rachitique peu rétréci, mais en antéversion prononcée ; le promontoire est très élevé au-dessus de la symphyse pubienne ; il repousse en avant la tête du fœtus qui souvent vient prendre point d'appui sur la paroi abdominale antérieure, à quelques centimètres au-dessus du bord supérieur de la symphyse La tête déborde franchement l'arc antérieur du bassin ; et pourtant, si vous mesurez par le toucher le diamètre promonto-sous pubien, vous obtenez une longueur de 10,5, de 11 cent. et plus. Et, au moment de l'accouchement, l'expulsion s'effectuera spontanément à terme, ou si vous

êtes obligé d'intervenir, la tête passera facilement. Le palper mensurateur aura donc été en défaut.

Néanmoins, et avec ces restrictions, il est bon de se servir du palper mensurateur.

9. **De la bosse séro-sanguine considérée comme cause d'erreur dans la présentation du sommet.** — Une bosse séro-sanguine volumineuse est, comme on l'a dit, un *caput succedaneum*. Elle voile les sutures et les fontanelles, et rend le toucher parfois très difficile.

Dans un cas, on crut à une position occipito-pubienne, tandis que le dégagement se fit spontanément en occipito-sacrée. Le point particulier de cette observation, c'est que la tête avait exactement la forme qu'elle offre après le dégagement en occipito-pubienne. Cette anomalie s'expliquait par ce fait que l'enfant, brachycéphale, était resté longtemps la tête au détroit inférieur, en occipito sacrée, une bosse séro-sanguine volumineuse s'était développée sur le front; et c'était cette bosse qui allongeait le diamètre occipito-frontal en avant, pendant que l'occiput, déjà court congénitalement, s'aplatissait en arrière.

Si, dans une application de forceps sur une tête ainsi disposée, on avait voulu faire tourner l'occiput en avant, on aurait eu beaucoup de peine. Hâtons-nous d'ajouter que c'est là un fait exceptionnel et qu'en règle très générale, il vaut mieux ramener l'occiput en avant pour dégager en occipito-pubienne.

10. **Le bassin coxo-tuberculeux.** — On a longtemps réuni dans une même description les différentes viciations pelviennes causées par les boiteries, et entre autres, celles qui sont dues à la luxation congénitale de la hanche et à la coxalgie (coxo-tuberculose du prof. Lannelongue).

Il est nécessaire de distinguer nettement ces deux formes de bassins : l'anatomie pathologique et la clinique fournissent de sérieux arguments pour soutenir cette thèse.

Il ne faut pas s'attendre à trouver un type unique de bassin coxo-tuberculeux. Loin de là, on en rencontre une variété très grande, qui, au premier abord, échappe à toute classification.

Ce défaut d'uniformité provient de la grande diversité d'éléments qui interviennent dans l'étiologie des altérations pelviennes.

D'abord, la notion d'âge est des plus importantes : la coxo-tuberculose modifie d'autant plus la forme du pelvis qu'elle se développe plus tôt ; si la maladie apparaît tardivement, quand le squelette est déjà solide et presque entièrement développé, son influence sera nulle.

L'atrophie joue un grand rôle, pour diminuer l'ampleur du côté malade. Les troubles trophiques qui frappent l'os iliaque dans son développement sont beaucoup plus marqués ici que dans la luxation congénitale.

L'époque à laquelle la guérison s'est faite intervient aussi pour une large part. Il faut savoir si la coxo-tuberculose a rétrocédé dans le cours de la deuxième période (abduction et rotation en dehors du membre inférieur) ou dans le cours de la troisième seulement (adduction et rotation en dedans).

La périostite et l'ostéite proliférante tendent à diminuer les dimensions du petit bassin, si les dépôts se font sur la surface pelvienne qui répond à l'acétabulum.

Le mode de traitement suivi entre également en jeu. La petite malade a pu, dans certains cas, continuer à marcher presque pendant tout le cours de sa coxalgie, tantôt avec un appareil inamovible, permettant encore l'appui sur le membre malade, tantôt avec des béquilles supprimant plus ou moins cet appui. D'autres fois, le séjour au lit a duré longtemps, et les contrepressions exercées sur le bassin par les membres inférieurs pendant la marche ne se sont pas produites.

Bien souvent il y a eu des alternatives d'amélioration et de rechutes ; après un séjour au lit de quelque temps, l'enfant a marché (à la seconde période par exemple) ; puis, une recrudescence des accidents s'est faite, nécessitant le repos dans le décubitus horizontal, et ainsi de suite.

Enfin, la tête fémorale se déplace parfois ; et la luxation qui en résulte change pour son compte la statique du bassin ; mais, lésion tardive, le plus souvent, elle n'est pas, il s'en faut, la cause principale des changements de forme éprouvés par le bassin.

Cela posé, quelle est la forme du bassin coxo-tuberculeux ?

Supposons d'abord qu'il n'y a pas de luxation pathologique.

Le bassin coxo-tuberculeux est *asymétrique*, habituellement de forme *oblique ovalaire*.

Son diamètre promonto-pubien est presque toujours plus petit que dans l'état normal.

Le bassin dans son ensemble est en *antéversion*, et aussi en *latéroversion*.

L'inclinaison latérale se fait tantôt du côté sain, et tantôt du côté malade; en général, *l'os iliaque le plus élevé est celui qui présente un redressement plus ou moins accentué de la ligne innominée.*

Si la coxo-tuberculose s'est arrêtée à la deuxième période (c'est le cas le moins fréquent), le membre malade est en abduction et en rotation en dehors, la latéroversion pelvienne se fait du côté malade. L'aplatissement latéral du bassin porte sur l'os iliaque le plus élevé, c'est-à-dire ici sur le côté sain. L'os iliaque malade n'est pas aplati par les contre-pressions fémorales, mais il est atrophié par la coxalgie. Au détroit inférieur, la branche ischio-pubienne du côté sain est un peu plus rapprochée du plan médian que celle du côté coxalgique. Le rétrécissement est donc assez prononcé dans cette forme.

Le plus souvent, la maladie a évolué jusqu'à sa troisième période (adduction et rotation en dedans). Ici, l'inclinaison latérale se fait du côté sain; l'os iliaque le plus élevé répond à la coxalgie. L'aplatissement latéral de la ligne innominée existe du côté malade qui cumule et les effets de la contre-pression fémorale, et ceux de de l'atrophie coxo-tuberculeuse. La branche ischio-pubienne du côté coxalgique est plus rapprochée du plan médian que celle du côté sain. Le rétrécissement est moins marqué que dans le cas précédent.

Lorsque, malgre l'évolution de la troisième période, la malade a pu marcher dés la seconde, on observera des lésions complexes, et souvent l'aplatissement de la ligne innominée du côté sain comme dans cette seconde période.

Quand la luxation pathologique intervient, on note habituellement la forme pelvienne de la troisième période (aplatissement du côté malade), mais l'inclinaison latérale (latéroversion) au lieu de se faire du côté sain se produit en sens inverse. Tout dans ce cas

se porte du côté malade : atrophie, aplatissement, latéroversion. Au détroit inférieur, la déformation est en général peu prononcée ; les deux ischions peuvent être à leur place normale ; ou bien c'est tantôt la branche ischio-pubienne du côté sain, et tantôt celle du côté malade qui est la plus rapprochée de la ligne médiane.

L'attitude du membre inférieur ankylosé est donc importante pour prévoir à priori comment le bassin est déformé. Sans doute, le toucher vaginal est seul bon juge ; mais il est utile de savoir d'avance dans quel sens on peut s'attendre à trouver les lésions. De même que chez une rachitique, on ne néglige jamais d'examiner les membres inférieurs, de même chez une coxo-tuberculeuse, on doit procéder à ce même examen.

Les rapports de l'attitude du membre inférieur avec la déformation pelvienne sont exacts deux fois sur trois ; et notre statistique comprend aujourd'hui un total de 50 bassins étudiés cliniquement.

Le *mécanisme de l'accouchement spontané* varie suivant la position de la tête. Si l'occiput répond à la partie étroite du bassin, la tête maintenue d'abord au-dessus du détroit supérieur peut s'y défléchir, ou, au contraire, se fléchir au maximum ; puis elle glisse, parfois brusquement, si l'autre moitié du bassin est assez vaste, sur le côté aplati et arrive au détroit moyen, puis au détroit inférieur. Là, elle rencontre parfois une branche ischio-pubienne presque verticale et plus voisine qu'à l'ordinaire de la ligne médiane : l'occiput tourne en avant, dépasse la ligne médiane, continue à tourner, et se dégage, obliquement dirigé en avant et du côté large de l'arcade pubienne. Le dégagement peut être gêné par l'adduction de la cuisse ankylosée dans cette attitude et incapable de s'écarter.

Si l'occiput se trouve dans la partie large du bassin, l'engagement et la sortie de la tête se font beaucoup plus simplement.

Pour le pronostic, il est plus grave que dans le cas de luxation congénitale de la hanche. Sans doute, l'accouchement a lieu spontanément dans la majorité des cas ; mais la proportion des opérations est plus forte pour les bassins coxo-tuberculeux, que lorsqu'il y a luxation congénitale. Notre première statistique est trop chargée, si on la prend au pied de la

lettre. Mais nous avons recueilli les faits publiés justement parce qu'ils avaient présenté de l'intérêt par la dystocie à laquelle ils avaient donné lieu. Les statistiques de bassins viciés par luxation congénitale sont passibles du même reproche.

Pour avoir une idée plus exacte de ce pronostic, nous avons recueilli tous les cas de coxo-tuberculose, et tous ceux de luxation congénitale, qui se sont présentés dans le même temps et dans le même service (Clinique de M. le professeur Tarnier); et nous avons obtenu les résultats suivants :

Sur 4680 accouchements qui ont été faits pendant notre séjour à la clinique de la rue d'Assas, il y a eu 11 femmes coxo-tuberculeuses donnant ensemble un total de 23 accouchements ; sur ce chiffre de 23, 5 fois on est intervenu, 3 fois avec le forceps, 2 fois avec le basiotribe, soit 26 °/₀ d'interventions.

Sur les mêmes 4680 accouchements, il y a eu 9 femmes atteintes de luxation congénitale de la hanche, donnant ensemble un total de 18 accouchements. Une seule fois, la terminaison a été artificielle et encore, voici dans quelle condition : une jeune femme atteinte de luxation congénitale mais à bassin suffisamment large, est prise d'accidents gravido-cardiaques des plus menaçants ; son fœtus est macéré ; mais pour la débarrasser au plus vite, on extrait l'enfant avec deux branches du basiotribe. Comptons néanmoins cette intervention ; nous obtenons un pourcentage de 5 °/₀ à comparer avec celui de 26 °/₀ dû à la coxo-tuberculose.

L'excès de volume très accentué de la tête par rapport au bassin est rare dans les cas de coxo-tuberculose ; mais l'asymétrie pelvienne, le redressement de la hanche ischio-pubienne, l'ankylose de la cuisse en adduction, expliquent la fréquence relative des applications de forceps.

11. Conduite à tenir dans le cas de rétrécissement rachitique du bassin. — La formule actuelle du traitement obstétrical des rétrécissements rachitiques serait peut être la suivante :

1° On est consulté à temps, pendant la grossesse :

a) Si le promonto pubien minimum est supérieur ou égal à 9,5 (Pp $\geqq$ 9,5), il faut laisser la grossesse aller à terme, et à ce moment, si l'accouchement ne se termine pas spontanément, choisir entre la version et le forceps.

b) Pp plus petit que 9,5 supérieur ou égal à 8 (Pp $< 9,5 \geqq 8$) : provoquer l'accouchement dans le neuviéme mois, et s'il y a lieu terminer par le forceps ou la version.

c) Pp $< 8 \geqq 7$: provoquer l'accouchement à huit mois ; faire une application prudente de forceps si la téte n'est pas trop grosse, et, en cas d'insuccés, faire la symphyséotomie.

d) Pp $< 7 \geqq 5$: provoquer l'accouchement à huit mois ; puis faire la symphyséotomie et terminer par le forceps.

e) Pp < 5 : opération césarienne à terme.

2° On est consulté trop tard, pendant l'accouchement à terme.

A. — L'enfant est vivant.

a) Pp $\geqq$ 9,5 : attendre, puis faire un forceps ou une version.

b) Pp $< 9,5 \geqq 8$: attendre, puis, forceps prudent, suivi d'une symphyséotomie si l'enfant est bien portant, d'une basiotripsie s'il est compromis : réserver la version aux cas où le Pp est voisin de 9,5 et où le bassin est large dans le sens transversal.

c) Pp $< 8 \geqq 7$: symphyséotomie, puis forceps.

d) Pp $< 7 \geqq 5$: opération césarienne.

e) Pp < 5 : opération césarienne.

B. — L'enfant est mort.

a) Pp $\geqq 5$: basiotripsie.

b) Pp < 5 : opération césarienne.

12. De l'ascension de l'anneau de Bandl comme signe prémonitoire de la rupture utérine imminente. — La contraction du corps utérin, pendant le travail, manifeste ses effets à la fois sur le fœtus et sur le segment inférieur.

Le fœtus, poussé par le muscle, peut influencer le canal cervico-utérin et en distendre les parois de dedans en dehors ; l'ampliation portera ou bien sur une large surface ou sur un point limité,

suivant que la partie fœtale qui soulève la paroi du segment inférieur sera grosse ou petite, régulière ou non.

La force contractile du corps de la matrice a une influence directe sur l'anneau de Bandl pour l'attirer en haut; ainsi s'allonge le segment inférieur.

Dans un accouchement normal, l'anneau de Bandl s'élève jusqu'à deux ou trois travers de doigt au-dessus de la symphyse pubienne (Frommel). Quand le travail est laborieux (rétrécissements pelviens, tumeurs, résistance du périnée, dystocie fœtale, etc.), il remonte plus haut encore (Hofmeier). L'utérus présente alors, au niveau de l'hypogastre, une sorte de sillon, de ligne transversale, visible et palpable à travers la paroi abdominale antérieure. Ce sillon, formé par l'anneau de Bandl, gagne parfois le niveau de l'ombilic et peut même le dépasser.

La rupture du segment inférieur est à craindre lorsque ce sillon transversal, formé par l'anneau de Bandl, se trouve au voisinage de l'ombilic.

Il faut alors se hâter de terminer l'accouchement.

13. **Rupture incomplète de l'utérus gravide.** — Observation de rupture traumatique du corps de l'utérus gravide, recueillie dans le service de M. le Dr Maygrier.

14. **De l'insertion vicieuse du placenta, variété complète.** — Quarante observations, dont quatre personnelles et recueillies dans les services de MM. Tarnier, Budin et Maygrier, permettent d'affirmer l'existence de cette variété d'insertion vicieuse.

Pour éviter toute confusion, nous l'avons définie de la manière suivante :

La variété *complète* ou *totale* d'ectopie placentaire, encore nommée *placenta praevia central, est celle dans laquelle la surface de l'orifice utérin complètement dilaté ou dilatable est entièrement recouverte par des cotylédons placentaires.*

Le traitement le plus sûr est celui qui permet de vider l'utérus le plus tôt possible, à la condition que les forces de la femme ne soient pas actuellement épuisées par les hémorrhagies. A la pre-

mière alerte, il faut arrêter la perte et en même temps provoquer l'accouchement. Le moyen le moins dangereux et tout à la fois le plus simple pour hâter la dilatation en faisant de l'hémostase est, en pareil cas, le tamponnement cervico-vaginal.

15. **De l'insertion vicieuse du placenta.** — Un cas d'insertion vicieuse, variété marginale, chez une primipare. Etendue insolite de la surface placentaire, qui mesure 31 centimètres de long et 87 centimètres de tour. Enfant mort. Mère guérie.

16. **De la dystocie causée par la rétraction de l'anneau de Bandl.** — La rétraction de l'anneau de Bandl peut se produire à des moments différents pendant l'accouchement. Pendant la délivrance elle donne lieu à une forme connue d'enchâtonnement du placenta.

Nos observations sont des exemples de rétraction de l'anneau de Bandl alors que le fœtus est retenu en tout ou en partie au-dessus de cet orifice coarcté.

A quoi reconnaît-on cette cause de dystocie ?

Chez une femme en travail, habituellement une multipare, le col s'est effacé, puis la dilatation s'est faite. La rupture des membranes a eu lieu prématurément, ou, au contraire, une volumineuse poche des eaux est descendue jusqu'au périnée ; bientôt, les contractions diminuent et cessent, et le travail s'arrête. Si les membranes sont rompues, le col revient sur lui-même ; il est souple au niveau de l'orifice externe. Au-dessus de lui, le doigt pénètre dans un canal à parois molles, limité en haut par un bourrelet circulaire, épais, saillant et circonscrivant un orifice plus ou moins étroit. La partie fœtale est très élevée ; on la sent au-dessus du bourrelet circulaire. Lorsque l'extrémité de l'index se trouve sur cet anneau rétracté, la base du doigt répond à peu près à l'orifice externe. Le canal limité par ces deux orifices a donc une longueur de 7, 8, 9 et même 10 centimètres. Il est donc plus long que le trajet cervical. En réalité il est constitué par le canal cervico-utérin, c'est-à dire par la réunion du col et du segment inférieur.

L'anneau de Bandl rétracté empêche le fœtus de descendre.

C'est là le véritable obstacle, car il n'en existe pas d'autre, ni du côté du bassin, ni ailleurs.

D'autre fois, la préseutation reste élevée, mais elle est immédiatement au-dessus de l'orifice externe du col; elle remplit le canal cervico-utérin, dont les parois sont souples; mais elle ne progresse pas, malgré des douleurs utérines qui sont bien plus marquées dans cette forme que dans la précédente. Au toucher manuel, on trouve, trés haut, l'anneau de Bandl rétracté sur le fœtus, le plus souvent au-dessous des épaules, au niveau du cou.

Le travail est arrêté: la femme se fatigue et peut s'infecter; le fœtus, à l'étroit dans l'utérus rétracté. souffre et succombe; et plus on attendra, plus l'obstacle deviendra difficile à vaincre.

Les causes principales de cet accident sont la multiparité, la rupture prématurée des membranes, l'élévation de la partie fœtale.

Le diagnostic est aisé, si on pense à la possibilité de cette complication. On est souvent obligé de toucher profondément, et même d'introduire la main dans le vagin, pour reconnaître la cause de dystocie.

Le pronostic est sérieux; car l'accouchement n'a aucune tendance à se terminer spontanément; l'enfant est menacé, et l'intervention est difficile.

Quelle est la conduite à tenir?

1er cas. — *Le segment inférieur est vide, le fœtus est retenu tout entier au-dessus de l'anneau rétracté.* — L'enfant est vivant en présentation du sommet, il faut choisir entre le forceps et la version; mais auparavant ouvrir l'anneau resserré. Le ballon de Champetier sera chargé de cet office; une fois le chemin ouvert, on préférera la version si l'utérus n'est pas trop rétracté sur le fœtus; dans le cas contraire, on appliquera le forceps; mais on aura des difficultés à cause de la hauteur à laquelle on devra opérer. L'enfant mort sera extrait par le basiotribe. S'il s'agit d'une présentation de l'épaule, après l'action du ballon de Champetier, on fera encore la version, réservant l'embryotomie pour les cas de rétraction trop forte du corps utérin; car l'embryotomie faite à pareille hauteur est toujours délicate.

2e cas. — *L'enfant est en partie descendu au-dessous de l'anneau*

rétracté, en partie resté au-dessus de lui. — Si le sommet se présente la tête est tout entière dans le segment inférieur ; elle y est mobile, et oscille comme un battant de cloche quand on glisse la main à côté d'elle. L'anneau est rétracté sur le cou du fœtus, au-dessous des épaules qu'il empêche de descendre. Si l'enfant est mort, la basiotripsie s'impose. Si l'enfant est vivant, il n'y a pas de version possible. Le forceps est seul applicable ; mais alors, quelles peines et quelles déconvenues ! Il suffit de lire, pour s'en convaincre, deux observations où le forceps fut dans un cas appliqué par nous-même, et dans l'autre par M. Budin (1). L'habileté bien connue de ce maître nous autorise à croire que si notre intervention, comme la sienne, a été laborieuse, c'est que les difficultés étaient vraiment très grandes. En effet, le forceps, si bien placé soit-il, glisse et dérape avec la plus grande facilité ; la tête, mobile dans le segment inférieur, se déplace entre les cuillers qui cessent alors de la tenir solidement. Nous avons fait des expériences sur le fœtus mort, et voici ce que nous avons vu : le fœtus, solidement maintenu par un aide dont les mains sont serrées sur les épaules, a la tête libre et mobile, comme elle l'est dans le segment inférieur lorsque l'anneau de Bandl est rétracté sur le cou, au-dessous des épaules ; le forceps est appliqué sur le sommet, aussi parfaitement, aussi idéalement que possible, et ses vis serrées au maximum ; puis on tire sur le tracteur ou sur les manches : on voit alors la tête se défléchir, se déplacer par le fait de cette déflexion entre les deux cuillers, si bien que celles-ci glissent et lâchent bientôt prise. Nous avons essayé la prise oblique sans plus de succès. Or, ce serait à désespérer d'avoir un enfant vivant dans des circonstances de ce genre, si nous n'avions étudié la *prise occipito-frontale*, si mauvaise dans tous les autres cas, si défectueuse surtout quand il s'agit d'un rétrécissement rachitique. Cette prise, dans laquelle une cuiller est appliquée directement sur l'occiput, et l'autre sur la face, est extrêmement solide ; c'est elle que nous conseillons sans hésiter lorsque l'anneau de Bandl étant rétracté sur le cou, au-dessous des épaules, la tête est mobile au-dessous de lui dans le segment inférieur.

(1) Thèse de Markowitch. Paris, 1894.

Si la présentation est celle de l'épaule on se trouve aux prises avec le cas le plus classique : il faut éviter la version et faire l'embryotomie, car la rupture du segment inférieur est menaçante.

Quand la présentation est celle du siège décomplété mode des fesses, la rétraction de l'anneau peut exister de telle sorte que l'abaissement d'un pied est impossible ; l'anneau de Bandl s'applique sur les jarrets du fœtus et empêche les doigts de pénétrer jusqu'aux pieds. Le lacs et le forceps sont alors indiqués, ensemble ou isolément.

17. **Un accouchement gémellaire.** — Une observation d'accouchement gémellaire où le cordon du deuxième fœtus vint faire procidence à côté du premier. Forceps sur le premier enfant, version pour le second, les deux sont nés vivants.

Pendant les suites de couches, la mère fut prise de grippe légère ; mais les deux enfants moururent de bronchopneumonie.

C. Délivrance

18. **Examen clinique de l'arrière-faix après l'accouchement.** — Manière d'examiner méthodiquement et complètement le délivre.

19. **Recherche de la surface d'insertion placentaire après l'accouchement.** — Immédiatement après la délivrance et dans les premiers jours qui suivent, on sent au palper, le plus souvent vers le fond ou au voisinage d'une corne de l'utérus, une région qui, au lieu d'être convexe comme le reste de l'organe, est plane ou même concave. Cette zone est large comme une petite paume de main ; et la légère dépression qu'elle forme disparaît quand l'utérus se contracte. On peut se convaincre que c'est là le lieu correspondant à l'insertion du placenta, lorsqu'on a l'occasion de faire la délivrance artificielle.

C'est par cette zone que l'inertie utérine commence, au moment où une hémorrhagie va se produire.

Il y a des causes d'erreur à signaler ; d'abord, si le placenta s'insère sur la paroi postérieure on ne trouve bien entendu rien de pareil. De plus, lorsque l'utérus est inerte sur toute son étendue, il se laisse déprimer facilement en quelque point que ce soit, et on ne peut pas savoir où était inséré le placenta. Mais lorsque le globe utérin est bien ferme, la zone d'insertion placentaire est toujours plus mince et plus dépressible que les autres régions du corps de la matrice.

D. Suites de couches

20. **De la septicémie puerpérale.** — Observation de septicémie puerpérale causée par le coli-bacille.

Ce microbe se rencontre sur certaines escarres vulvaires. En pareil cas, à part le traitement classique, les injections vaginales à l'acide lactique (10 ou 20 gr. par litre) et les attouchements de l'escarre avec une solution du même acide à 1 pour 50 ou 1 pour 20, nous ont donné de bons résultats.

21. **Un cas d'emphysème du foie.** — Une multipare est prise d'hémorrhagies à la fin de sa grossesse. Le placenta est inséré vicieusement ; les membranes se rompent spontanément, *huit jours* avant la naissance de l'enfant. La veille, le fœtus était encore vivant, mais l'utérus était déjà sonore à la percussion par putréfaction du liquide amniotique. On a, comme traitement, simplement agrandi la déchirure des membranes. Après l'expulsion de l'enfant, la femme rend par le vagin une grande quantité de gaz fétides. Suites de couches fébriles. Mort, cinq jours après l'accouchement.

A l'autopsie, on trouve, entre autres particularités, un foie de 1700 grammes qui surnage dans un seau d'eau, et qui est creusé d'une multitude de petites cavités remplies d'un gaz non inflammable.

La température ambiante (0°), l'état des organes lors de l'autopsie, les caractères des gaz eux-mêmes qui n'étaient ni inflammables ni odorants comme les produits carbonés, sulfurés ou phosphorés résultant de l'envahissement par les saprophytes

vulgaires, permettent de ne pas voir ici dans cet emphysème viscéral, l'effet d'une putréfaction banale, mais l'effet direct de la cause pathologique qui a entraîné la mort.

22. **Traitement actuel de la septicémie puerpérale.** — Traitement de l'infection vulvaire, vaginale, utérine, péritonéale et généralisée.

23. **De la prophylaxie des abcès du sein pendant la grossesse et l'allaitement.** — Technique de M. le professeur Tarnier. Application sur les seins de compresses imbibées d'une solution de sublimé à 0,20 centigrammes pour mille.

III. — SÉMÉIOLOGIE OBSTÉTRICALE

Indication bibliographique :

Séméiologie obstétricale, in Guide pratique des Sciences médicales, supplément de 1893.

(Étude séméiologique des différents symptômes et signes que l'on peut rencontrer chez la femme pendant la grossesse, l'accouchement et les suites de couches : hémorrhagies, écoulements divers par les voies génitales, douleurs ; albuminurie, hématurie, etc. ; rétention d'urine, etc. ; vomissements, constipation, etc. ; palpitations, œdèmes, fièvre ; toux, dyspnée, etc. ; céphalalgie, frisson, paralysies, convulsions. — Examen des diverses régions du corps, palpation, auscultation obstétricales, toucher, etc.).

IV. — OPÉRATIONS OBSTÉTRICALES

Indications bibliographiques :

1° **Opérations obstétricales** (Guide pratique des Sciences médicales, 1891 et supplément de 1892).

2° **Des applications de forceps sur le sommet dans l'excavation** (Journal des praticiens, 1890, n° 52, et 10 février 1892).

3° **Des applications de forceps sur la face** (Journal des praticiens, 21 mai 1890).

4° **Les indications du forceps** (Journal des praticiens, 18 mai 1892, et Guide pratique des Sciences médicales, 1892).

5° **De l'extraction de la tête dernière** (Journal des praticiens, 1891, et Guide pratique des Sciences médicales, 1892).

6° **De l'extraction du tronc fœtal venant premier** (Journal des praticiens, 15 novembre 1893).

7° **Un cas de basiotripsie** (Société anatomique, juillet 1887).

8° **De la basiotripsie** (Guide pratique des Sciences médicales, supplément de 1892).

9° **De l'embryotomie rachidienne** (Journal des praticiens, 1890, n° 40).

10° **De l'embryotomie rachidienne** (Guide pratique des Sc. méd.).

11° **Des moyens d'accélérer la dilatation de l'orifice utérin pendant le travail de l'accouchement** (Journal des praticiens, 20 décembre 1893, et Guide pratique des Sc. méd., 1892).

12° **De la symphyséotomie** (Journal des praticiens, 26 avril 1893).

13° **Un cas de symphyséotomie** (Revue obstétricale internationale, 1895, en collaboration avec le Dr Palay).

14° **Du tamponnement du vagin** (Journal des praticiens, 21 juin 1893).

15° **Des injections intra-utérines après l'accouchement** (Journal des praticiens, 14 septembre 1892 et 1894).

16° **Du curettage de l'utérus puerpéral** (Journal des praticiens, 1894).

1° **Opérations obstétricales.** — Indications, contre-indications et techniques des applications de forceps, des différentes versions, de la basiotripsie, de l'embryotomie rachidienne, de l'extraction de la tête dernière, de l'accouchement prématuré provoqué, de l'accouchement accéléré, de l'avortement provoqué, de l'opération césarienne et de l'opération de Porro.

2° **Des applications de forceps sur le sommet dans l'excavation.** — Les variétés transversales du sommet dans l'excavation donnent parfois lieu à des difficultés, surtout si la face antérieure du sacrum est un peu reportée en avant, comme dans certains cas où le bassin est modérément rétréci d'avant en arrière. Trop souvent, en pareil cas, la cuiller postérieure n'est pas introduite suffisamment loin ; elle vient s'appliquer sur le pariétal postérieur, tandis que la cuiller antérieure se trouve trop enfoncée. De là des difficultés dans l'articulation, et des ennuis tenant à la prise irrégulière de la tête : le forceps est bien placé par rapport au plan transversal biauriculaire, mais une branche est trop au-dessus de l'oreille postérieure, et l'autre descend trop au-dessous de l'oreille antérieure.

Cet inconvénient connu, il suffit, pour l'éviter, de suivre le conseil classique : guider la cuiller postérieure de manière à l'introduire aussi loin que possible, et baisser fortement le manche de cette cuiller vers le périnée, pour faciliter l'introduction.

D'une manière générale, on se rend compte que le forceps est bien placé, en pratiquant le toucher après l'articulation et aussi en examinant l'attitude des manches et du pivot, par rapport au bassin et aux cuisses de la femme.

Le toucher fait reconnaître que la suture sagittale est bien partout à égale distance de la face interne des cuillers.

L'examen des manches et du pivot donne aussi des renseignements utiles. Lorsque la suture sagittale est dans le diamètre oblique gauche du bassin, le pivot doit être dirigé obliquement à gauche et en avant, et les manches, se diriger obliquement, parallèlement à la cuisse gauche écartée ; mêmes rapports, mais du côté droit lorsque la suture sagittale est dans le diamètre oblique droit.

3. **Des applications de forceps sur la face.** — Au détroit supérieur on doit les éviter autant que possible.

Dans l'excavation, le plus souvent, si le travail est arrêté, c'est parce que la rotation du menton en avant ne s'effectue pas. Il faut appliquer le forceps, *pour faire cette rotation.*

L'instrument, étant placé d'une oreille à l'autre, *il ne faut pas tirer ;* car ou on déraperait, ou on enclaverait la tête en la fléchissant.

Il faut tendre très légèrement le tracteur, le faire tenir par un aide qui va le maintenir verticalement placé et dans le plan médian de la femme ; les deux mains de l'accoucheur sont donc libres ; de l'une d'elles il va introduire un ou deux doigts dans la bouche du fœtus, prendre point d'appui sur la voûte palatine et défléchir la tête par ce moyen aussi complètement que possible ; de l'autre main il fait la rotation en agissant sur les manches pendant que la tête est maintenue défléchie.

A la vulve, une fois le menton arrivé sous le pubis, on continue à appuyer sur la voûte palatine pour maintenir la déflexion. Quant aux manches du forceps, il faut les relever fortement, afin que l'extrémité des cuillers s'adapte à l'occiput, au lieu de comprimer

les parties latérales du cou, ce qui se produit inévitablement si on laisse les manches dans un plan voisin de l'horizontal.

4. **Les indications du forceps.** — Le forceps opposé et comparé à la version. Le choix de l'un ou de l'autre est guidé par le degré d'engagement de la partie fœtale, bien plus que par la nature même de la cause de dystocie.

5 **Extraction de la tête dernière.** — Extraction manuelle et instrumentale de la tête venant dernière, unie au tronc ou séparée de lui.

6. **De l'extraction du tronc fœtal venant premier.** — « Faire exécuter artificiellement au fœtus tous les mouvements qu'il exécuterait de lui-même si l'accouchement était spontané » (Tarnier).

Il faut distinguer les cas où le bassin est normal et ceux où il est rétréci.

D'une façon générale, le diamètre bisacromial (le plus grand parmi les diamètres du tronc) doit descendre suivant le plus grand diamètre praticable du bassin.

Si le rétrécissement porte sur le diamètre antéro postérieur (rachitisme) il faut faire descendre le fœtus de façon que le dos soit dirigé directement en avant ou directement en arrière. Une fois le tronc sorti, on fera évoluer le fœtus de manière à faire descendre la tête dans le diamètre transverse du bassin.

S'il s'agit d'un rétrécissement cyphotique qui porte sur le détroit inférieur, surtout dans le sens transversal, mais aussi d'avant en arrière, on aura plus d'avantage à faire descendre le diamètre bisacromial du fœtus suivant l'un des diamètres obliques du bassin, car ceux-ci sont extensibles au détroit inférieur, puisqu'ils aboutissent en arrière à des parties molles.

Enfin, dans un bassin asymétrique, de forme oblique ovalaire, il faut non seulement faire descendre le tronc suivant le plus grand diamètre, mais aussi agir en prévision de la descente de la tête qui doit mettre son occiput dans la moitié la plus large du bassin. Supposons que la paroi pelvienne aplatie soit celle du côté

gauche, la moitié la plus large de l'excavation est la droite et le diamètre oblique le plus grand est le droit. Dans l'extraction du siège à travers un tel bassin, le mieux sera de faire tourner le tronc pour diriger le ventre en avant et à gauche, et le faire glisser le long de la branche ischio-pubienne gauche : les épaules descendront alors suivant le plus grand diamètre oblique qui est le droit, et après le dégagement des bras, l'occiput occupera tout naturellement la partie la plus large de la cavité pelvienne.

7-8. **De la basiotripsie.** — Indications et technique de l'opération.

9-10. **De l'embryotomie rachidienne.** — L'embryotome guillotine du professeur Tarnier est l'instrument de choix. A son défaut, on peut se servir des ciseaux de Dubois. Les meilleurs sont les anciens ; à savoir ceux qui ont des manches droits, solides, puissants par leur longueur et leur épaisseur.

La technique proposée par nous est la suivante :

Placer la main gauche en collier autour du cou fœtal.

Introduire les ciseaux de telle façon que la convexité qu'ils portent sur leur plat soit tournée du côté de la tête ; les pousser, tout fermés, dans le creux de la main conductrice.

Sectionner à petits coups la peau de la région cervicale la plus accessible. Quand la fente cutanée ainsi obtenue est un peu plus large que les lames réunies de l'instrument, le glisser, tout fermé, dans cette boutonnière, et décoller les parties molles de chaque côté du rachis en maniant les ciseaux fermés comme une spatule ou une sonde cannelée, pour faire des fausses routes ou des décollements sous la peau du cou. L'enveloppe cutanée tiendra donc lieu de gaîne protectrice et entourera les lames de l'instrument qui ne devra pas en sortir tant que le rachis ne sera pas coupé. Quand la tige vertébrale est à peu près dénudée, on ouvre les ciseaux assez largement, mais toujours dans l'intérieur du cou, la main gauche conductrice s'assurant que les lames ont leurs extrémités perdues au milieu des tissus cervicaux ; on prend la tige vertébrale entière entre les deux lames, on saisit les manches comme ceux d'un sécateur, et on coupe d'un seul coup la colonne osseuse. On termine par la section des parties molles.

11. Des moyens d'accélérer la dilatation de l'orifice utérin, pendant le travail.

Il est indiqué d'accélérer la dilatation du col toutes les fois qu'un danger menace l'enfant ou la mère, et que l'évacuation de l'utérus doit faire disparaître ce danger.

La dilatation manuelle ne réussit guère que chez les multipares; dans un cas particulier, nous avons pu en trois quarts d'heure environ introduire la main dans l'utérus, à travers un col qui avait encore toute sa longueur (4 centimètres) et en dehors de tout travail. Il est vrai qu'il s'agissait d'une asystolique presque moribonde sous le coup d'une crise d'asphyxie aiguë. Le fœtus fut extrait par les pieds; le forceps dut être appliqué sur la tête dernière. — Mère et enfant sortirent vivants de l'hôpital.

Souvent la main ne suffit pas à dilater le col; il faut alors recourir soit à l'écarteur de M. Tarnier, soit au ballon de M. Champetier de Ribes.

L'écarteur est indiqué lorsque le partie fœtale est engagée dans l'excavation, que les membranes sont intactes et qu'il y a intérêt à les conserver telles, et lorsque le cordon fait procidence. Il est souvent utile pour activer les contractions utérines dans le cours d'un accouchement provoqué.

Le ballon répond surtout aux cas dans lesquels la partie fœtale est élevée et les membranes rompues, lorsqu'il est nécessaire de boucher l'orifice pour empêcher l'évacuation du liquide amniotique (comme dans les présentations de l'épaule avec dilatation incomplète), ou lorsqu'il faut comprimer le segment inférieur pour arrêter une hémorrhagie (placenta prœvia).

12. De la symphyséotomie. — Revue critique.

13. Un cas de symphyséotomie chez une scolio-rachitique. Mort subite de la femme quatre heures après l'opération, bien que celle-ci eût été très simple. L'issue fatale a été le résultat de la gêne apportée par la scoliose dans le fonctionnement du cœur, jointe à l'action du chloroforme, du choc opératoire et d'une petite perte sanguine, évaluée en tout à 400 grammes.

Chez les bossues, les grands traumatismes chirurgicaux sont moins bien supportés que chez d'autres, à cause de la déformation thoracique et de son retentissement sur le jeu du cœur et des poumons.

14. Du tamponnement du vagin. — Le tamponnement est un bon moyen de traitement contre l'hémorrhagie par insertion vicieuse du placenta. On ne doit pas s'en tenir exclusivement à ce procédé thérapeutique, ni l'appliquer à tous les cas; mais bien manié, il rend de réels services.

15. Des injections intra-utérines après l'acoouchement. — Indications, contre-indications, technique.

16. Du curettage de l'utérus puerpéral. — Indication et technique.

V. — NOUVEAU-NÉ

Cours d'hygiène et de pathologie du nouveau-né (Novembre et décembre 1893).

Indications bibliographiques :

1° **De l'ictère épidémique des nouveau-nés** (Bulletin de la Société clinique, 1890. En collaboration avec le Dr Lesage).

2° **De l'ictère des nouveau-nés** (Mémoire couronné par l'Académie de médecine, 1893. En collaboration avec le Dr Lesage).

3° **Des accidents broncho-pulmonaires et hépatiques chez le nouveau-né, en rapport avec l'infection du liquide amniotique** (Médecine moderne, 30 juin 1894; en collaboration avec le Dr Létienne).

4° **De la mort apparente du nouveau-né** (Mémoire couronné par l'Académie de médecine, 1894, et Revue obstétricale internationale, 1895).

Revues et analyses sur l'alimentation des nouveau-nés, les fractures des membres du fœtus pendant l'accouchement, les abcès multiples chez les nourrissons, la pneumonie des nouveau-nés, l'estomac et l'intestin des nouveau-nés, la nutrition des enfants nés avant terme, l'ophtalmie des nouveau-nés, la tuberculose du premier âge, etc.).

1-2. Des ictères du nouveau-né. — L'ictère sanguin est le plus souvent observé; il est extrêmement fréquent.

L'ictère biliaire est souvent de nature infectieuse; il est parfois

épidémique. Nous avons pu observer une épidémie de ce genre dans le service de M. le professeur Tarnier.

L'ictère biliaire infectieux peut être d'origine ombilicale ou intestinale.

Les infections ombilicales rentrent dans le cadre de la septicémie puerpérale.

Les infections intestinales, que nous avons eues surtout en vue, respectent tantôt les voies biliaires, mais tantôt les envahissent.

Le microbe incriminé est le bacterium coli commune virulent.

L'ictère dû à cette cause peut être bénin, grave ou hémorrhagique.

Nous identifions l'ictère infectieux avec la tubulhématie rénale de Parrot, avec la maladie bronzée hématurique du nouveau-né, avec la maladie de Winckel, avec l'hématurie et l'hémoglobinurie du nouveau-né. Il s'agit, dans tous ces cas, d'une seule et même affection.

Les symptômes de cette maladie sont les suivants :

Une diarrhée peu abondante, peu colorée, alcaline au papier de tournesol ;

Un état infectieux fébrile plus ou moins marqué;

De l'ictère biliaire franc avec présence de pigments biliaires dans l'urine ;

De la cyanose, survenant par crises habituellement ;

Quelquefois des hémorrhagies et surtout des hématuries ou de l'hémoglobinurie ;

Souvent ces petits malades ont une teinte bronzée de la peau, qui a été longtemps inexpliquée.

Nous avons vu survenir cette teinte bronzée chez des enfants primitivement ictériques et chez d'autres primitivement cyanotiques. Nous l'avons vue disparaître, puis revenir, comme les crises de cyanose, et nous pensons qu'elle est attribuable à un mélange de la coloration jaune de l'ictère avec la teinte bleue de la cyanose.

Le pronostic est souvent très grave.

Le traitement est encore purement symptomatique.

3. — Des affections broncho-pulmonaires et hépatiques chez le nouveau-né, en rapport avec l'infection du liquide amniotique. — Lorsque l'infection du liquide amniotique se produit après la rupture prématurée des membranes, l'altération septique de ce liquide peut aller avec une grande rapidité ; parfois, en effet, quelques heures suffisent.

Sans parler de la mère, l'enfant peut naître vivant, bien portant, et rester tel ; ou bien il devient malade ; dans notre observation, il fut pris de broncho-pneumonie dix-huit heures après sa naissance et d'ictère le surlendemain.

Il mourut 52 heures après sa naissance.

L'autopsie fut faite 5 heures après la mort. A l'ouverture de l'abdomen, aucune odeur fétide n'avait été perçue ; à l'ouverture du thorax, une odeur de putridité très manifeste se dégagea des poumons.

Ceux-ci présentaient de nombreux noyaux d'hépatisation dont quelques-uns commençaient déjà à suppurer.

Dans le sang du cœur, on a trouvé un *diplocoque* susceptible de former en culture de courtes *chaînettes*.

Dans la bile, on a rencontré ce même diplocoque plus une variété particulière de *bacterium coli*. Le foie portait la trace d'une infection ou plutôt d'une intoxication aiguë. La dégénérescence graisseuse y était accusée.

4. De la mort apparente du nouveau-né. — De tout temps, on a distingué des aspects cliniques différents de la mort apparente, et on les a désignés sous les noms de forme bleue et de forme blanche.

Cette distinction est rigoureusement exacte ; mais il nous a paru nécessaire de multiplier les divisions ; car, à notre avis, il y a plusieurs formes bleues, et plusieurs formes blanches.

Les *formes bleues* sont : l'*asphyxie*, la *congestion méningée*, l'*apoplexie méningée*.

L'*asphyxie* est due à un trouble circulatoire ayant déterminé la souffrance du fœtus pendant l'accouchement (type : la procidence du cordon) ; elle est caractérisée par les symptômes

classiquement décrits ; si la mort n'est pas un fait accompli au moment où l'enfant naît, le pronostic est le plus souvent favorable : car le fœtus est résistant vis-à-vis de l'asphyxie :

La *congestion méningée* se caractérise par les particularités suivantes :

1° Intégrité de la circulation utéro-placentaire et de l'hématose fœtale au moment où l'intervention obstétricale est indiquée par un obstacle mécanique (type : résistance marquée du périnée);

2° Nature de cet obstacle, qui est d'habitude la rigidité de l'orifice vulvaire.

3. Rapidité avec laquelle le fœtus, dans cette variété de mort apparente, revient à la vie.

4. Par contre, lenteur que mettent les accidents à disparaître *entièrement* ; torpeur persistante, absence du cri pendant un temps variable (plusieurs heures, un jour ou deux).

5. Persistance ou exagération des réflexes plantaires et patellaires immédiatement après la naissance, c'est-à-dire pendant l'acmé des phénomènes de la mort apparente (ces réflexes sont abolis dans l'asphyxie).

6. Pronostic relativement bénin.

L'apoplexie méningée se traduit par de la cyanose prononcée surtout aux extrémités, et principalement à la tête ; par des convulsions qui surviennent immédiatement ou quelques heures après la naissance ; par l'exagération des réflexes plantaires et rotuliens dès le début ; par la facilité relative avec laquelle le traitement rétablit momentanément le jeu du cœur et des poumons, mais aussi par le retour des accidents dès qu'on cesse l'insufflation ; la torpeur ne disparaît jamais complètement. Dans les périodes d'amélioration où le cœur bat, et où la poitrine est soulevée par des inspirations spasmodiques, l'enfant n'ouvre pas les yeux et reste plongé dans un coma profond. Le pronostic est fatal le plus souvent.

Les *formes blanches* sont : la *syncope hémorrhagique*, la *syncope traumatique* et *l'apoplexie blanche*.

La *syncope hémorrhagique* succède à la déchirure du cordon ombilical, ou des villosités choriales, aux hémorrhagies fœtales

de quelque cause qu'elles soient (hémorrhagies stomacales, pulmonaires, etc.)

La *syncope traumatique* est le type de la forme blanche classique. Elle est toujours consécutive à une intervention laborieuse. *Le fœtus, qui résiste bien à l'asphyxie, est au contraire très sensible au traumatisme.*

Dès la naissance, le cœur bat faiblement; sous l'influence du traitement, ses mouvements peuvent s'accélérer et l'enfant revient à la vie dans les cas favorables; ou bien la mort survient après ou sans amélioration passagère, ou encore l'apoplexie méningée succède à la syncope traumatique.

Le pronostic est souvent grave.

L'apoplexie blanche est plus rare; elle est aussi d'origine traumatique. Immédiatement après l'extraction du fœtus, le cœur bat avec une vitesse normale ou exagérée, la respiration est nulle, l'inertie complète, la pâleur très prononcée. Bientôt le cœur se ralentit malgré tout traitement et l'enfant meurt; le pronostic est fatal.

A côté des formes bleues et des formes blanches, il existe des *formes mixtes.* En voici un exemple : un fœtus souffre dans la cavité utérine par le fait d'une procidence du cordon; il est, de ce chef, menacé d'asphyxie. On fait la version et l'opération est laborieuse : le traumatisme ajoute ses effets à ceux de la compression ombilicale.

L'anatomie pathologique et la physiologie nous semblent démontrer que les formes que nous avons essayé de séparer sont légitimes et qu'il faut, une fois pour toutes, renoncer à la soi-disant asphyxie blanche, qui n'est pas de l'asphyxie.

Les diverses méthodes de traitement sont étudiées dans ce Mémoire.

La formule thérapeutique varie suivant les formes.

Contre l'asphyxie, lier immédiatement le cordon pour opérer une sorte de saignée, employer les frictions, le massage, les oscillations de Schultze, les tractions de la langue et, dans les cas graves, l'insufflation. Ultérieurement, couveuse, etc.

Dans les congestions méningées, même traitement. Mais il faut

s'attendre à ce que l'enfant, bien que ranimé, reste faible et comme comateux ; il faut rester près de lui pendant plusieurs heures et l'empêcher de s'endormir, le frictionner, etc., lui faire respirer de l'oxygène, en même temps qu'une température douce est entretenue autour de lui, etc., etc.

S'il s'agit d'apoplexie méningée, faire la section immédiate et la saignée du cordon ; *pas d'oscillations de Schultze* qui ébranlent le cerveau ; tractions de la langue et surtout insufflation.

Dans la syncope hémorrhagique, faire la ligature tardive du cordon, l'inversion complète du corps ; immobilité, frictions et massages modérés, linges chauds, injections sous-cutanées d'éther ou de caféïne, tractions de la langue, insufflation, la tête de l'enfant étant en position déclive. Pas d'oscillations de Schultze. Transfusion de sérum artificiel.

En cas de syncope traumatique, ligature tardive du cordon, frictions, linges chauds, tractions de la langue en attendant que l'enfant soit séparé de sa mère, puis insufflation. Pas d'oscillations de Schultze.

Dans l'apoplexie blanche, même traitement.

En présence d'une forme mixte, il faut se conduire de préférence comme s'il s'agissait d'une forme traumatique.

VI. — RECUEILS DE LEÇONS OBSTÉTRICALES

1° **Conduite à tenir dans le cas de présentation du siège décomplété mode des fesses**, par M. le Dr Budin, leçon recueillie par Demelin (Journal des praticiens, 1890).

2° **De l'accouchement prématuré provoqué. Comparaison des résultats fournis par les procédés les plus usités aujourd'hui**, par le professeur Tarnier, leçon recueillie par Demelin (Journal des praticiens, 1892).

3° **Leçons de clinique obstétricale**, par M. le Dr Maygrier, recueillies par Demelin, Paris, 1893.

VII. — PUBLICATIONS DIVERSES

1° **Un cas d'anurie absolue, néphrotomie, guérison** (Bulletin de la Société clinique, 1888).

2° **Articles de chirurgie et de gynécologie**, in Guide pratique des Sciences médicales, 1891.

Lille, imprimerie Le Bigot Frères, rue Nicolas-Leblanc, 25.